

# PEDIDO DE RESTITUIÇÃO DE BENEFÍCIOS DO CALFRESH APÓS DESQUALIFICAÇÃO ADMINISTRATIVA

Data da notificação : \_\_\_\_\_  
 Caso : \_\_\_\_\_  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Funcionário : \_\_\_\_\_  
 Nome : \_\_\_\_\_  
 Número : \_\_\_\_\_  
 Telefone : \_\_\_\_\_  
 Endereço : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

(ADDRESSEE)

**Dúvidas? Pergunte ao funcionário.**

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 └ \_\_\_\_\_ ┘

┌ \_\_\_\_\_ ┐  
 │ \_\_\_\_\_ │  
 └ \_\_\_\_\_ ┘

\_\_\_\_\_

Fui desqualificado para o recebimento de benefícios do CalFresh de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_ Eu moro na mesma residência do CalFresh onde recebia os benefícios anteriormente e o município não os reiniciou após a data de término do meu período de desqualificação.

\_\_\_\_\_ Eu moro em uma nova residência que recebe o CalFresh. Solicito minha inclusão a essa residência do CalFresh. As informações da residência são as seguintes:

Nome do Caso: \_\_\_\_\_

Número do Caso: \_\_\_\_\_

Endereço: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Eu moro em uma nova residência que não recebe o CalFresh. Envie-me um pedido de benefícios do CalFresh no seguinte endereço:

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Devolva esse formulário para seu escritório de assistência social, no endereço listado acima.